UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 70

SUR LA TECHNIQUE DU TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS DU THORAX PAR LA RÉSECTION COSTALE LARGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 mai 1922

PAR

GACHES (Fernand-Noël-Etienne)

Né à Pailhès (Hérault), le 25 décembre 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- FORGUE, professeur, *Président.*
- MASSABUAU, professeur.
- RICHE, agrégé.
- ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

SUR LA TECHNIQUE DU TRAITEMENT

DES

ABCÈS FROIDS DU THORAX

PAR LA RÉSECTION COSTALE LARGE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0097

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 70

SUR LA TECHNIQUE DU TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS DU THORAX PAR LA RÉSECTION COSTALE LARGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 mai 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

GACHES (Fernand-Noël-Etienne)

Né à Pailhès (Hérault), le 25 décembre 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*.
MASSABUAU, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, profr, *président.*	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma plus vive reconnaissance et de mon inaltérable affection.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX

qui, de loin ou de près, m'ont prodigué leur affection ou témoigné quelque marque d'estime, je dédie ce modeste travail.

F. GACHES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de respectueuse et profonde gratitude.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

F. GACHES.

AVANT-PROPOS

Ces pages marquent la fin de nos études officielles et le début de notre carrière médicale.

Avant de franchir le seuil de la Faculté, pour dire adieu aux années de jeunesse que nous y laissons, notre première pensée de reconnaissance sera pour nos parents. C'est à eux que nous devons d'être ce que nous sommes. C'est grâce à leur bonté et à leur dévouement inépuisable qu'il nous a été permis de mener à bien nos études de médecine. Nous leur prouverons notre infinie gratitude en entourant leurs vieux jours des soins les plus affectueux. Que nos excellents parents nous permettent de leur dédier cette thèse, humble hommage de notre amour filial.

Arrivé au jour depuis si longtemps désiré de notre thèse inaugurale, nous ne saurions manquer à l'occasion qui s'offre à nous de remercier publiquement nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, dont la renommée, à juste titre si répandue, nous a, au lendemain de la guerre, attiré sur ses bancs. Nous n'oublions pas que c'est grâce à leurs conseils éclairés que nous avons pu acquérir les quelques connaissances qui ont fait de

l'étudiant d'hier le médecin d'aujourd'hui ; que, par leur exemple, ils nous ont permis de comprendre quelles étaient les qualités requises de tout médecin digne de ce nom, et, par là même, nous ont appris à aimer la médecine.

Comme tous nos camarades mobilisés dans les unités combattantes, nous leur sommes redevable, non seulement de la bonne graine qu'ils ont su ainsi faire germer dans notre esprit, mais encore et surtout d'avoir rénové un terrain laissé en friche pendant la longue période des hostilités.

A tous ces titres, ils ont droit à nos sentiments de gratitude et nous sommes heureux de leur en faire part ici.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le professeur Forgue d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous guider dans l'exécution de ce modeste travail.

SUR LA TECHNIQUE DU TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS DU THORAX PAR LA RÉSECTION COSTALE LARGE

INTRODUCTION

Le traitement des abcès froids du thorax a été l'objet de propositions de méthode si nombreuses qu'on pourrait conclure à une très grande difficulté et à des résultats très décevants. On a essayé en effet trois sortes de procédés : la ponction, l'incision avec curettage, la résection costale.

Nous passerons sous silence les deux premières méthodes ; elles n'ont plus aujourd'hui droit de cité dans la thérapeutique moderne des abcès froids du thorax. Quant à la résection, qui est le traitement vraiment chirurgical et l'intervention de choix, elle donne, semble-t-il, des résultats assez inconstants dans certaines statistiques. Kœnig, sur 110 opérés, en a vu 73 seulement sortir parfaitement guéris, les autres sont morts ou ont gardé des fistules intarissables.

D'autres auteurs, tout en reconnaissant que la résection costale est le traitement de choix, lui reprochent

des suites opératoires trop longues. « La guérison est souvent longue à se faire » (Souligoux).

Pour parer à cet inconvénient on a proposé d'autres procédés opératoires très compliqués. Roux (de Lausanne) fait la résection en deux temps ou résection à tranchées préliminaires (1905). Salva Mercadé fait en 1914 la dissection très soignée de l'abcès au cours de la résection osseuse. Il obtient d'ailleurs d'excellents résultats.

Leriche, en 1914, après la résection large, plombe la cavité avec le mélange de Mosetig-Moorhof.

Nous avons été frappé, au cours de nos divers stages dans le service de M. le professeur Forgue, de la simplicité de la technique qu'il emploie pour le traitement des abcès froids du thorax, des résultats constants qu'il obtient et de la rapidité de la guérison de ces opérés (15 à 20 jours), et nous remercions notre maître d'avoir bien voulu nous autoriser à publier cette technique, à l'occasion de notre thèse inaugurale.

Nous avons d'abord rappelé les points essentiels de l'anatomie pathologique de ces lésions, non pour tracer au complet l'étude des abcès froids du thorax, mais pour montrer les raisons d'ordre essentiellement anatomique sur lesquelles cette technique est fondée.

Dans un second chapitre nous exposons les principes de la méthode, ceux que nous avons entendu souvent répéter par M. le professeur Forgue au cours de ses leçons cliniques.

Dans un troisième chapitre enfin nous décrivons en détail les divers temps de l'intervention.

Nous terminons par la publication de deux observation d'abcès froids, l'une concernant un abcès froid tho-

racique d'origine pleurale, l'autre un abcès d'origine osseuse. Nous aurions pu multiplier le nombre de ces observations, mais nous avons cru inutile de charger notre travail par l'exposé de cas qui se ressemblent à peu près tous.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

C'est sur l'observation des lésions d'origine et des lésions secondaires des abcès froids du thorax qu'est étayée la technique qui va suivre. Il est donc nécessaire, non de reprendre l'étude approfondie des formes fréquentes et rares de ces abcès froids, considérés du point de vue anatomique, mais, en retraçant rapidement la topographie des lésions, de mettre en valeur les points essentiels à connaître pour mener sûrement à bien la cure radicale.

La lésion tuberculeuse originelle peut avoir plusieurs sièges : le tissu cellulaire sous-cutané, la côte et le périoste, le sternum, les cartilages costaux, le poumon ou la plèvre.

On peut, en se plaçant toujours au point de vue opératoire, scinder la question d'origine en deux et dire que, pour le chirurgien, deux foyers initiaux sont importants à connaître : ceux qui siègent sur le squelette et ceux qui proviennent d'une lésion pleurale ou pleuro-pulmonaire.

Ces deux types sont de beaucoup les plus fréquents, ceux que le chirurgien rencontre presque toujours.

1° *Abcès froids ostéopathiques.* — Il s'agit le plus souvent d'abcès d'origine costale. Nous ne reprendrons pas les anciennes discussions de Parise, de Bonnet et de Gaujot, pour savoir si la lésion est primitivement osseuse ou périostique. Grâce aux larges interventions pratiquées aujourd'hui on sait que parfois on ne trouve qu'une sorte d'érosion de la côte très limitée, d'autres fois une destruction partielle de la côte qui peut être fracturée. Souvent aussi il s'agit d'une sorte de cupule creusée par la carie dans le tissu compact, la coque périostique étant assez bien conservée.

Ces lésions s'ouvrent le plus souvent à la face profonde de la côte, alors que leur face externe ne présente aucune solution de continuité ou simplement de l'épaississement.

Extériorisées, elles vont comme ailleurs être le point de départ d'un abcès ossifluent qui, passant par la face profonde de la côte primitivement atteinte, ira s'extérioriser à travers les muscles intercostaux et provoquera par sa marche tuberculogène des lésions secondaires non seulement des parties molles mais encore souvent de la côte sus et sous-jacente.

2° *Abcès consécutifs à une lésion pleurale ou pleuro-pulmonaire.* — Ce sont les abcès très fréquents qui ont été signalées pour la première fois dans le mémoire de Leplat en 1865 et étudiés très solidement dans la thèse de Souligoux.

Ils peuvent provenir d'une pleurésie purulente enkystée développée en dehors des côtes par fistulisation à travers un espace intercostal, d'un processus de lymphangite tuberculeuse provenant de la plèvre viscérale

à travers les espaces perforés, véritables points faibles de la paroi, et surtout, cas le plus fréquemment observé, d'un processus de péripleurite, la lésion évoluant et se propageant dans le tissu cellulaire sous-pleural.

Ces trois formes anatomiques, dont la dernière est la plus importante à connaître, parce qu'elle est plus fréquemment rencontrée, ont un point commun, c'est qu'elles sont ordinairement formées de deux poches, l'une superficielle et volumineuse, sus-costale, l'autre profonde et de volume parfois très réduit, sous-costale, réunies par un trajet de communication en général long et tortueux. Or l'action du chirurgien doit porter sur le point profond surtout, qui représente la lésion initiale.

La poche superficielle repose sur le gril costal et est limitée en dehors par la peau et les parties molles plus ou moins amincies par propagation des lésions.

Cet abcès froid n'a rien de particulier en lui-même ; mais, si on examine soigneusement sa paroi costale, on aperçoit le ou les orifices de communication avec le trajet profond. Rarement ils sont décelés par un écoulement purulent. Plus souvent on aperçoit dans ces orifices une masse fongueuse, rougeâtre, au niveau ordinairement du bord inférieur de la côte supérieure.

Si on explore ce trajet à la sonde cannelée, on s'aperçoit qu'il suit une direction souvent oblique, sous les côtes, en général très tortueuse, parfois qu'il est très long et qu'il conduit au foyer sous-pleural loin de son point d'abouchement. Cette longueur du trajet de communication est importante à connaître pour ne point s'exposer à ignorer la lésion d'origine. Dans notre observation n° 1, le trajet ainsi exploré, à point de départ parasternal, conduisait à neuf ou dix centimètres dans la direction du creux axillaire.

Quant au foyer sous-costal, foyer profond, lésion d'origine, si dans certains cas de pleurésie purulente enkystée il se présente sous la forme d'une poche à contenu purulent assez abondant, dans les cas plus fréquents de cellulite sous-pleurale ou de pachypleurite il est très réduit et de dimensions bien disproportionnées à celles des lésions secondaires superficielles. C'est une petite masse caséeuse faisant corps avec une plèvre sous-jacente épaissie et scléreuse, presque fibreuse comme densité. Après curettage des fongosités elle apparaît blanchâtre et consistante, d'aspect caractéristique.

Au voisinage de ces abcès les côtes présentent des lésions diverses ; parfois elles sont érodées à leur face interne ou au niveau de leur bord inférieur, plus souvent on ne trouve malgré de minutieuses recherches aucune lésion osseuse.

Il ressort de ce rapide exposé anatomo-pathologique que les lésions superficielles, l'abcès froid sus-costal, ne représentent que le terme ultime de la lésion primitive, et une action portant uniquement sur elles serait une intervention incomplète ;

Que la lésion tuberculeuse originelle est presque toujours profonde, soit qu'elle siège sur la face pleurale de la côte, soit qu'elle ait une origine pleuropulmonaire ;

Que cette lésion siège souvent très loin de la poche superficielle et qu'elle communique avec elle par un trajet tortueux, oblique et irrégulier ;

Enfin, que dans les cas les plus fréquents la lésion initiale, qu'elle soit costale ou sous-pleurale (pachypleurite), est de dimensions très réduites et disproportionnées à celles des lésions superficielles secondaires.

Sur ces constatations anatomiques, qui résultent des opérations larges qui conviennent aujourd'hui à ces affections, reposent les principes de la technique que nous nous proposons d'exposer en détail. Elles expliquent l'importance de l'étendue de l'intervention pour découvrir largement le foyer d'origine, l'action directe du chirurgien sur lui étant le seul principe raisonnable d'un traitement radical.

PRINCIPES DE LA MÉTHODE

Ces principes pourraient se résumer en une courte formule que nous avons souvent entendu énoncer par M. le professeur Forgue : « *Petite lésion, grande intervention.* » Il convient cependant de la commenter, car elle contient l'ensemble des données qui doivent guider la technique opératoire, si on veut pratiquer une intervention raisonnable et garantissant le succès.

Le grand danger, en effet, en présence d'un abcès froid du thorax, est l'intervention incomplète. Sans parler de la tentation, qui est grande, de donner un coup de bistouri dans un abcès qui bombe, on pourrait croire suffisant de découvrir et d'ouvrir largement cet abcès avec toutes les précautions d'asepsie nécessaire, de curetter ses parois, de les cautériser avec un liquide modificateur et de refermer la plaie opératoire. On s'exposerait ainsi, inévitablement, à la récidive à brève échéance dans un point de la plaie opératoire, et le résultat de l'opération aurait été seulement de transformer une tuberculose fermée en tuberculose ouverte. De plus, la seconde intervention, qui deviendrait rapidement nécessaire, se ferait dans des conditions très

défavorables, car un facteur sérieux d'aggravation serait intervenu : c'est l'infection secondaire.

Il convient essentiellement d'aller jusqu'à la lésion pyogène et de la poursuivre à travers des couloirs fistuleux parfois loin de la collection sous-cutanée.

Nous avons vu au chapitre d'anatomie pathologique que les abcès froids du thorax développés primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané sont très rares ; souvent cette poche superficielle n'est que l'aboutissant secondaire, à travers des trajets fistuleux plus ou moins tortueux, d'une lésion pyogène d'ostéite costale ou de chondrite ; plus souvent encore la lésion osseuse elle-même succède à un foyer de pachypleurite tuberculeuse.

C'est la lésion primitive elle-même qu'il convient de découvrir et de traiter. Pour ce faire il ne suffit plus, comme dans le traitement de certaines tuberculoses chirurgicales, de mettre à nu l'abcès froid et par son intermédiaire de traiter les fistules qui s'ouvrent dans lui ; mais il convient de se rappeler que cet abcès froid superficiel représente souvent le terme ultime d'une lésion plus profonde qui s'extériorise à distance, et que c'est ce foyer initial qu'il convient d'aborder largement.

Aussi le point essentiel de cette technique, celui qui donne à la partie profonde de l'intervention toute sa précision et sa clairvoyance, c'est la *résection pluricostale*, qui permet l'exploration complète des trajets transpariétaux et des foyers osseux ou pleuraux.

Cette résection costale est nécessaire dans tous les cas, sauf, bien entendu, dans les formes de gomme tuberculeuse sous-cutanée, qui ne sont presque jamais rencontrées.

Dans les tuberculoses d'origine osseuse, le plus sou-

vent costale, il est nécessaire de sacrifier non seulement la côte primitivement atteinte, mais aussi, dans bien des cas, les côtes sus et sous-jacentes qui présentent des lésions de propagation et avec elles les muscles intercostaux correspondants.

Dans les formes consécutives à une pachypleurite, forme très fréquente, l'ablation d'un large volet costal permet seule de suivre les lésions et de trouver le point d'origine ; d'autant plus qu'il siège souvent loin des lésions superficielles et que c'est par l'intermédiaire de trajets fistuleux très tortueux qu'il s'est extériorisé. Ce trajet n'a pas toujours suivi le plan de l'espace intercostal correspondant. Il passe parfois dans l'espace voisin, sous la côte qui les sépare, et est parfois difficile à poursuivre.

Quand il s'agit de sternite tuberculeuse, les mêmes principes doivent guider l'opération : la résection des côtes correspondantes faite dans leurs extrémités antérieures ; c'est à la pince gouge qu'on attaque le sternum. On pratique ainsi une brèche dépassant largement la lésion d'origine, jusqu'à trouver du tissu osseux sain.

Nous ne parlerons pas des abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire, ou de la tuberculose des cartilages costaux ; il est évident que, au point de vue opératoire, ils ressemblent beaucoup aux trois formes principales que nous venons d'étudier et que dans leur traitement le même principe de découverte et d'ablation large doit être entièrement adopté.

Ainsi, dans cette chirurgie, M. le professeur Forgue pratique souvent d'emblée le sacrifice de trois côtes, parfois même quatre. Avec elles il mobilise et excise les muscles intercostaux correspondants, de sorte que cette résection représente un véritable volet thoracique sous-

cutané. Côtes et parties molles peuvent être réséquées en un seul bloc, l'opération y gagne en précision et en élégance.

Le point de section des segments costaux au costotome de Farabeuf doit porter loin des lésions, en tissu sain, et il convient, après mobilisation de ces extrémités osseuses, de suivre de près la face profonde du plan costo-musculaire pour ne point léser la plèvre et provoquer un pneumothorax. Si cette éventualité arrivait, il conviendrait d'aveugler rapidement la plaie pleurale par une compresse et de la suturer au catgut fin. Elle n'a d'ailleurs pas les conséquences fâcheuses qu'on lui prêtait autrefois.

Quand il s'agit d'une forme à point de départ pleural, il faut sur un sonde cannelée débrider, en pleine longueur, tous les trajets fistuleux jusqu'au point de départ qui est représenté le plus souvent par un petit foyer fongueux, rougeâtre, minime dans beaucoup de cas. Avec la curette on nettoie ce petit pertuis jusqu'à ce qu'on aperçoive la plèvre scléreuse, dense et blanchâtre.

Les suites opératoires, toujours très simples, nécessitent un grand soin d'asepsie apportée aux pansements nécessaires — nous disons nécessaires car il convient de ne point les multiplier. — Deux suffisent en général : le premier au deuxième ou troisième jour pour l'ablation du drain, l'autre au dixième ou douzième jour pour l'ablation des fils. Ces pansements doivent recevoir chaque fois les précautions d'asepsie qu'on apporte à un champ opératoire. Il est inutile en effet d'insister sur les dangers d'une infection secondaire.

On voit donc que le problème technique consiste à remonter sûrement à la source pyogène, c'est-à-dire le plus souvent à un foyer sous-pleural ; faute d'aborder le

foyer initial, la cure radicale reste douteuse. La résection costale très étendue est la condition de la découverte de la lésion causale qui s'extériorise à distance et à travers la paroi par l'abcès migrateur : donc à petite lésion profonde correspond une grande intervention.

Ainsi les résultats opératoires sont constants, la réunion se fait par première intention et les malades sortent guéris du quinzième au vingtième jour.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'infection secondaire post-opératoire étant très préjudiciable pour le succès de l'intervention et même pour l'avenir de ces malades, il convient de pratiquer une désinfection cutanée très minutieuse, aussi soignée que celle qui précède une laparotomie. La veille donc, M. le professeur Forgue fait préparer le champ opératoire, raser, savonner et badigeonner à l'éther iodoformé la région à opérer, qui est protégée par un pansement aseptique jusqu'au moment de l'intervention.

L'anesthésie de choix est l'anesthésie générale à l'éther, précédée ou non de chlorure d'éthyle.

1er Temps. — *Découverte large de la zone opératoire.* — Pour cela on trace une incision curviligne en arc de cercle circonscrivant dans sa concavité les limites apparentes de l'abcès et les dépassant largement par ses points extrêmes. Ce lambeau doit comprendre d'emblée la peau et les muscles, c'est-à-dire que le plan de section doit passer immédiatement sur le plan costal. Au cours de cette dissection menée rapidement à larges coups de bistouri, l'hémostase étant faite à mesure, on

a ouvert et vidé l'abcès froid ; la dissection ne doit s'arrêter que lorsqu'il est largement dépassé dans tous les sens. Le lambeau est relevé et maintenu par trois pinces à abaissement, saisissant son milieu et ses deux commissures.

2me Temps. — *Curettage de l'abcès.* — Les lésions étant ainsi largement étalées, on procède au curettage des parois de l'abcès. Ce curettage doit être fait sur le lambeau cutané et sur le plan intercostal.

Sur le plan cutanéo-musculaire il est poussé à fond, les muscles et la peau sont raclés de très près et assez fortement. Quand toutes les parties malades sont détachées ou mobilisées, on termine par le nettoyage à la compresse ; pour le faire avec plus de précision, M. le professeur Forgue soutient d'habitude sur une main ce lambeau, pendant qu'il le nettoie fortement de l'autre. Ceci fait, on protège la face profonde du lambeau relevé par une compresse et on procède au nettoyage du plan intercostal.

Ce nettoyage se fait comme précédemment à la curette d'abord, à la compresse ensuite. Il doit enlever tous les tissus fongueux et laisser un plan opératoire sec et sans fragments musculaires détachés.

3me Temps. — *Repérage exact des lésions.* — Comme nous l'avons dit, ce point est très important, car c'est lui qui fixe l'opérateur sur l'origine et l'étendue des lésions et sur l'importance du plastron costal à réséquer. On examine s'il apparaît des points fongueux, qui indiquent les couloirs de communication avec la lésion profonde. Ces points repérés, on y introduit la sonde cannelée pour déterminer l'orientation des trajets et on arrive le plus

souvent sur la petite lésion pyogène, qui peut être osseuse ou sous-pleurale, intrathoracique.

4me Temps. — *Résection costale.* — Cette résection costale est très rapidement conduite grâce à la rugine de Doyen et au costotome de Farabeuf. On incise au bistouri le périoste de la face superficielle de la côte et on le rabat de chaque côté à la rugine, en libérant bien soigneusement les bords. Ceci fait, se portant en zone saine, on libère rapidement la face profonde de la côte à la rugine de Doyen. Au niveau du foyer tuberculeux cette face est souvent très adhérente à la plèvre et d'autre part très irrégulière par la présence de productions osseuses, dépendant du processus inflammatoire, assez importantes pour empêcher le passage de la rugine courbe.

On reprend la libération plus loin au delà des lésions, mais il convient de dépasser largement les foyers osseux. On sectionne au costotome de Farabeuf les côtes au point extrême de leur libération, on mobilise ainsi un volet osseux, qu'on soulève par son extrémité. On le dégage ainsi doucement des adhérences pleurales à la rugine ou à la pointe du bistouri, en suivant de près la face profonde de ce plastron osseux, pour ne point s'exposer à ouvrir la plèvre. On poursuit ainsi la libération jusqu'en zone saine et on pratique ainsi d'un bloc une résection tricostale en général, quelquefois bicostale, parfois s'étendant à quatre côtes, sur l'étendue nécessaire pour largement enlever ou découvrir les lésions.

La région sous-pleurale étant ainsi à nu, on examine attentivement les espaces intercostaux découverts. Si la forme est osseuse,la lésion causale a été enlevée avec la résection costale. Sinon on voit un ou plusieurs points

fongueux, qu'on explore à la sonde cannelée, on les débride en pleine longueur et il convient de les poursuivre jusqu'au bout. On saisit avec deux pinces à abaissement les deux lèvres de l'incision du débridement, on curette soigneusement le trajet et on ne s'arrête que lorsque l'on est en un point absolument sain de plèvre scléreuse dense et blanchâtre sans points brunâtres répondant à des foyers pyogènes extrapleuraux ou pachypleuraux.

Parfois, par enfilages successifs de trajets plus ou moins tortueux, on est conduit loin du point de départ et on est amené à élargir la résection costale.

5me Temps. — Les trajets et les foyers d'origine curettés, mis à plat et nettoyés à la compresse, l'hémostase est faite soigneusement et le lambeau rabattu. S'il s'agissait d'un abcès froid fistulisé, les bords de la fistule cutanée sont réséqués. Il est prudent de placer un drain de décharge en charnière à la limite du décollement du lambeau cutané. Le drain sort par les deux extrémités de l'incision et est fortement fixé à la peau par des crins de Florence. Son utilité n'est pas de drainer un épanchement purulent possible, car si l'opération est largement faite le malade cicatrise par première intention, mais d'éviter tout épanchement sanguin dans des tissus où l'hémostase complète est parfois difficile à assurer, comme le tissu musculaire.

Suture au crin de Florence.

Le pansement est maintenu par un bandage de corps,

Le drain est enlevé à partir du deuxième jour. On est souvent obligé de renouveler ce jour-là le pansement à cause du sang qui s'y est épanché et qui pourrait favoriser une infection secondaire.

Les fils de suture sont enlevés à partir du dixième jour.

La cicatrisation doit se faire par première intention si l'opération a été large et aseptique, et le malade, qui peut se lever au troisième jour, peut sortir de l'hôpital du quinzième au vingtième jour.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Abcès froid thoracique d'origine pleurale

R. P..., 47 ans, entre le 10 février 1922 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 5, pour abcès froid du thorax.

Dans ses antécédents personnels on note quelques accès paludéens au retour de son service militaire (il avait servi en Tunisie) qui ont vite cédé à la quinine, une typhoïde sans complication à 30 ans, mais surtout un passé pleuro-pulmonaire assez chargé. A 37 ans une pleurésie gauche séro-fibrineuse guérie sans ponction ; à 39 ans nouvelle atteinte plus légère que la première. L'année dernière en septembre 1921 une pleurésie droite légère qui cède aux moyens médicaux, sans ponction, en peu de temps. Mais depuis 10 ans tousse beaucoup

chaque hiver. Actuellement aucun signe fonctionnel à signaler. Il a été mobilisé au front pendant trois ans au cours desquels il n'a jamais été hospitalisé.

Ses parents sont morts au-dessus de 70 ans. Son frère est mort de typhoïde.

Le début apparent de l'affection actuelle remonte à deux mois environ par une douleur sourde et mal localisée au niveau de la partie antérieure du thorax dans la région du rebord costal gauche, et à l'occasion des mouvements brusques ou de fortes inspirations. Cette douleur était provoquée par une pression légère sur la région.

Peu après apparaît une petite tuméfaction, qui augmente progressivement de volume, sans présenter de poussées inflammatoires, jusqu'à atteindre l'état actuel.

A son entrée à l'hôpital le malade présente une tuméfaction de forme ovoïde, soulevant la peau, sans déterminer à son niveau de phénomènes inflammatoires, et siégeant dans la moitié inférieure de l'hémithorax gauche. Son pôle inférieur affleure presque le rebord costal ; son pôle supérieur est au niveau de la ligne axillaire antérieure et l'ensemble est incliné de 45° sur la verticale ombilicale. Elle recouvre les 7^{me}, 8^{me} et 9^{me} côtes avec les espaces intercostaux correspondants. Elle est adhérente par toute sa base au plan costal. Il s'agit d'ailleurs d'une tuméfaction infiltrée, sans limite bien nette. Sa consistance est à peu près uniforme, élastique, avec fluctuation. Sa palpation est indolore sauf en un point précis sur la 8^{me} côte où la pression détermine une réaction douloureuse.

La tuméfaction ne subit aucune modification de volume à la toux et à l'inspiration ; elle n'est pas réductible à la pression.

Appareil pulmonaire : Matité et expiration soufflante et prolongée au sommet gauche. Obscurité respiratoire aux deux bases. Quelques frottements pleuraux.

Intervention le 12 février 1922 (M. le professeur Forgue). — Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle suivie d'éther, on pratique une incision curviligne à concavité supérieure, rapidement menée au-dessous du pôle inférieur de la tuméfaction, et d'emblée on porte le plan de section sur le plan costal. On évacue ainsi la collection froide et on relève le lambeau cutanéo-musculaire fortement amarré par trois pinces à abaissement. On assèche la cavité de l'abcès froid pour se rendre compte de la topographie et de l'intensité des lésions et on constate qu'elles intéressent la région de la 7me, la 8me côte et l'espace correspondant en empiétant sur les cartilages chondro-sternaux. On résèque la 7me et la 8me côtes avec excision de deux centimètres environ du cartilage chondro-sternal. La résection costale porte d'emblée sur dix centimètres. A un travers de doigt de la zone chondrocostale de la 8me côte et dans l'espace intercostal, s'observe un premier trajet fistuleux, auquel correspond un clapier fongueux. Dans ce point et dans la partie inférieure de la face postérieure de la 7me côte se trouvait un petit foyer d'ostéite superficielle, mais qui paraît secondaire car la lésion est absolument en surface. A trois travers de doigt en dehors de cette première fistule on observe, dans le même espace intercostal, un point fistuleux par lequel émerge une masse caséo-fongueuse, dont la saillie s'accentue à chaque expiration. Il est évident que c'est là le clapier qui va conduire à la lésion d'origine ; il convient de le poursuivre jusqu'au bout. C'est un couloir qui se dirige vers la zone axillaire ; son exploration à la sonde cannelée révèle qu'il a une lon-

gueur de plusieurs centimètres ; il devient donc nécessaire d'augmenter en dehors la résection bicostale qui au total a une longueur de 18 à 19 centimètres. On incise le clapier et on est conduit sur la face externe de la plèvre à travers les muscles intercostaux que l'on érigne en haut et en bas. Le clapier est occupé par une masse caséeuse que l'on enlève soigneusement à la curette, et qui recouvre la plèvre, remarquablement épaissie, presque fibreuse comme densité, c'est-à-dire présentant de la pachypleurite localisée. On excise le trajet fistuleux et les parties musculaires atteintes, on curette soigneusement la partie de la poche de l'abcès attenante au lambeau cutané. On rabat ce lambeau après avoir placé un drain en charnière, ressortant par les deux points extrêmes de la ligne d'incision, puis on suture au crin de Florence.

Les suites opératoires sont apyrétiques.

Le drain est enlevé au 4e jour.

Ablation des fils au 14e jour.

Le malade sort 18 jours après l'intervention. Réunion par première intention.

Observation II

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Abcès froid thoracique d'origine chondro-sternale

H... P..., 28 ans, entre le 24 janvier 1922 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 12, pour abcès froid du thorax.

Les antécédents pulmonaires sont assez chargés. Il a eu une enfance troublée par des poussées de bronchite fréquentes, avec broncho-pneumonie à 8 ans. Depuis l'âge de 12 ans cependant il aurait eu une excellente santé.

Il a servi dans la marine au cours de la guerre ; dans un torpillage il a été blessé au front et a subi une longue immersion. A la suite de sa blessure il aurait présenté un érysipèle de la face avec adénite sous-maxillaire suppurée, dont il porte encore une cicatrice. Il a été soigné vers la fin de la guerre pour ictère et rhumatisme polyarticulaire. Bronchite légère au début de l'hiver dernier.

Père et mère vivants et bien portants.

Marié, n'a pas d'enfant.

Il s'est aperçu, il y a trois mois, de la présence d'une tuméfaction siégeant sur la face antérieure du thorax à gauche de la ligne médiane. Il n'a ressenti à son niveau aucune douleur, la pression était indolore et il s'est

même brûlé superficiellement par des applications successives de teinture d'iode.

Elle aurait été ponctionnée à plusieurs reprises, et on aurait pratiqué quelques injections modificatrices qui ne paraissent avoir donné aucun résultat.

A l'entrée à l'hôpital Suburbain, le malade présente une tuméfaction ovoïde, large de 3 centimètres, sur 5 centimètres de longueur, soulevant les téguments de la région chondro-sternale gauche et ne présentant aucun signe d'inflammation ; elle occupe un espace comprenant les 3e, 4e et 5e côtes, le pôle inférieur atteint presque la ligne médiane et son grand axe est incliné de 80° sur la verticale médiane. La consistance est inégale, fluctuante au pôle supérieur, elle est dure mais empâtée au pôle inférieur. La pression y est douloureuse. Elle adhère au plan costal, mais la peau est libre sur elle. Pas de ganglions axillaires.

Intervention le 29 janvier 1922 (M. le professeur Forgue). —Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle-éther, incision curviligne dépassant la ligne médiane à droite, circonscrivant la tuméfaction largement par en bas et dépassant en dehors le mamelon de trois centimètres. On récline en un seul temps la peau et le plan musculaire, qu'on soulève fortement avec trois pinces à abaissement. On pénètre ainsi dans la cavité de l'abcès qu'on évacue et dans les tissus fongueux qu'on nettoie à la compresse, et on se rend compte que le point maximum des lésions, qui est vraisemblablement le point primitif, siège au niveau des IIIe et IVe cartilages chondro-sternaux gauches et qu'il empiète sur le sternum. On résèque suivant le procédé classique les IIIe et IVe côtes sur une étendue de 7 ou 8 centimètres, emportant avec elles leurs cartilages costaux respectifs. A la pince gouge

on résèque la partie correspondante du sternum jusqu'à ce qu'on soit en tissu osseux d'apparence saine. Les lésions du squelette sont ainsi bien dépassées. On curette les parties molles présentant l'aspect noirâtre fongueux caractéristique et, après avoir bien examiné, on s'assure qu'aucun foyer fistuleux ne mène sur la plèvre. Les lésions intéressaient uniquement le squelette. On fait la toilette de la face profonde du lambeau cutanéo-musculaire à la curette et à la compresse et on le rabat après avoir placé un long drain au niveau de la charnière. Suture aux crins de Florence.

Ablation du drain au 3e jour.

Ablation des fils au 12e jour.

Réunion *per primam* ; le malade sort au 19e jour.

CONCLUSIONS

I. — Il ressort des constatations anatomiques faites au cours des interventions larges actuelles, que dans l'abcès froid du thorax les lésions sus-costales superficielles ne sont que le terme ultime d'un processus pyogène en général profond, qu'il soit pleuro-pulmonaire ou osseux ;

Que les deux lésions primitive et secondaire sont séparées par un trajet de communication tortueux, souvent très long ;

Que la lésion primitive est souvent très réduite par rapport aux dimensions des lésions superficielles.

II. — Il résulte de ces constatations que le traitement rationnel de ces abcès froids devra porter sur le foyer d'origine, qu'il soit pleuro-pulmonaire ou osseux, qu'il soit sous-jacent à l'abcès superficiel ou éloigné.

III. — Le principe de la méthode opératoire repose sur une résection large pluricostale, dépassant largement les lésions osseuses et dans le cas de pachypleurite mettant largement à nu, non seulement les trajets

de communication, mais surtout le foyer d'origine, souvent de dimensions réduites. « A petite lésion, grande intervention. »

IV. — La résection costale large supprime les espaces morts sous le lambeau cutané, en permettant à ce lambeau de s'appliquer exactement sur des plans sous-jacents, et permet une hémostase très soignée, l'hémorragie étant la cause fréquente d'infections secondaires.

V. — Cette technique opératoire se recommande par sa simplicité, la constance et la rapidité des résultats. Les malades sortent guéris du quinzième au vingtième jour.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Sur la technique du traitement des abcès froids du thorax par la résection costale large,

par Fernand Gaches.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 11 mai 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 11 mai 1922.

Pr le Doyen,

L'Assesseur délégué,

FORGUE.

Montpellier, le 12 mai 1922.

Pr le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Jules VALERY.

BIBLIOGRAPHIE

Aigrot. — Sur le traitement des abcès froids de la paroi thoracique par la résection osseuse avec plombage sans drainage (Lyon médical, t. CXXII, n° 16, avril 1914).

Ardouin. — Pathogénie et traitement des abcès froids du thorax (Thèse Paris, 1899).

Bardaroff. — Abcès froids des parois du thorax (Thèse Nancy, 1899).

Bonnaud. — Abcès froids de la paroi thoracique (Thèse Paris, 1892).

Bonnel. — Carie costale et abcès froids thoraciques (Thèse Paris, 1891).

Bonnet. — Archives générales de médecine, t. XXI.

Bousquet. — Abcès froids thoraciques consécutifs aux périostites externes chroniques (Archives générales de médecine, 1878).

Chone. — Etude sur une variété d'abcès froids thoraciques (Thèse Paris, 1873).

Delore et Chalier. — Tuberculose osseuse (1910).

Duplay. — Traitement des abcès par congestion (1897).

Duvergey. — Une forme rare d'abcès froids des parois thoraciques. (Paris médical, t. I, 15 juillet 1911).

Forgue. — Précis de pathologie externe (7e édition, 1922).

Giraud. — Contribution à l'étude des abcès froids thoraciques. Pathogénie et traitement (Thèse Lyon, 1882).

Jacques. — De la tuberculose du sternum (Thèse Paris, 1910).

Lannelongue. — Abcès froids et tuberculose (1881).

— Tuberculose du sternum (Bulletin médical, 1888).

Leplat. — Les abcès de voisinage dans la pleurésie. Pathogénie et étude clinique des abcès froids thoraciques (Archives générales de médecine, 1865).

Lerat. — Tuberculose de la paroi thoracique simulant un myxome (Lyon chirurgical, 1er janvier 1913).

Maheu. — Contribution à l'étude des abcès froids thoraciques et de leur traitement par la résection costale (Thèse Paris, 1894).

Martinian (Mlle). — Contribution à l'étude de la tuberculose chondro-costale ; procédé opératoire de M. Roux (Revue médicale de la Suisse romande, 1905).

Meguin. — Traitement des abcès froids thoraciques d'origine costale par la résection, le plombage et la suture immédiate (Thèse Lyon, 1914).

Pollosson. — Tuberculose centrale d'un cartilage costal (Lyon médical, 20 mai 1888).

Rau. — Résection costale pour périchondrite tuberculeuse par le procédé à tranchées multiples ; résultats éloignés (Association française de chirurgie, Paris 1904. — Revue médicale de la Suisse romande, 1914).

Salva Mercadé. — Tuberculose des cartilages costaux (Journal de chirurgie, février 1914).

Schwartz. — Chirurgie du thorax (Paris, 1912).

Souligoux. — Pathogénie des abcès froids du thorax (Thèse Paris, 1894).

— Abcès froid du thorax (Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet).

Tixier et Thévenot. — Abcès froids thoraciques d'origine articulaire (Lyon chirurgical, 1910).

Vermelin. — Des abcès froids thoraciques d'origine articulaire (Thèse Lyon, 1911).

Willems. — Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire (Congrès français de chirurgie, 1906).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. **8-78**.